



全科医生规范化培训教程·案例精编

总主编 唐红梅 陈颖敏

社区内科 常见病例诊治策略

主编 屠春林 陈颖敏



上海科学技术出版社



全 / 科 / 医 / 生 / 规 / 范 / 化 / 培 / 训 / 教 / 程

· 案例精编 ·

总主编 / 唐红梅 陈颖敏

社区内科常见病例诊治策略

—— 主编 ——

屠春林 陈颖敏

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区内科常见病例诊治策略 / 屠春林, 陈颖敏主编.

—上海: 上海科学技术出版社, 2016.3

全科医生规范化培训教程 案例精编 / 唐红梅, 陈颖敏
总主编

ISBN 978-7-5478-2932-5

I. ①社… II. ①屠… ②陈… III. ①内科-常见病-
诊疗-职业培训-教材 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 293690 号

社区内科常见病例诊治策略

主编 屠春林 陈颖敏

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

印刷

开本 889×1194 1/32 印张 10.5

字数 280 千字

2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2932-5 / R · 1052

定价: 58.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向工厂联系调换

全科医生规范化培训教程

案·例·精·编

编写委员会

总主编

唐红梅 陈颖敏

副总主编

黄旭元 屠春林 秦建晔 陈跃宇 蒲文斌
王迎春 周 慧 孙 杰 毛红芳 浦 争

编委

(按姓氏笔画排序)

王 静 王天元 王建平 王海鸥 龙 翔 史佩东
代荣晓 印 勇 戎哲毅 朱 堃 许向东 李 缨
李宏松 李晨蕾 杨德斌 吴田英 余艳芳 张 梅
陆 敏 陈德宣 林永辉 金 琳 周 洁 周敏霞
胡燕琪 施黎明 姚晓华 索丽霞 徐 荣 徐兰芬
徐炜新 徐建华 高 生 曹 敏 韩秀华 翟佳燊

教材编写办公室

秦建晔 翟佳燊

全科医生规范化培训教程

案例·精·编

社 区 内 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

编委会名单

| 主 编 |

屠春林 陈颖敏

| 副主编 |

李 纓 索丽霞 徐建华 余艳芳
韩秀华 林永辉 许向东 秦建晔

| 编写者 |

(按照姓氏笔画排序)

王 飞	王 珍	王 蕾	王春梅	毛智荣
叶 娟	刘 莺	刘艳丽	汤明明	许向东
李 纓	李天一	李晨蕾	杨 玮	余艳芳
闵晓春	张 洁	张 莉	陈 辉	陈 霞
陈秋红	陈晓鸥	陈锦琼	陈颖敏	陈德宣
林永辉	赵 兰	赵开顺	娄金荣	姚文飞
秦建晔	索丽霞	顾明颖	徐建华	陶建青
屠春林	韩秀华	韩宗儒	谭利民	翟佳燚

全科医生规范化培训教程

案·例·精·编

社 区 内 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

内 容 提 要

本书为全科医生规范化培训教程之一，以案例的形式，对呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统等各系统各种疾病的诊断和治疗思路做了全面阐述。其案例以患者到社区医院就诊为线索，介绍社区医生对该疾病的鉴别诊断与治疗中应该注意的问题，同时针对患者及家属经常询问的、医护人员认为需要提醒患者注意的事项详细叙述，特别是生活和康复锻炼方面的注意事项，使社区医生在与患者的交流中更为细致周到。

本书可供社区医生、医学生及内科医生参考使用。

全科医生规范化培训教程

案例精编

社 区 内 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

前 言

2015年9月,国务院办公厅颁布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,指出到2020年将全面确立“基层首诊,双向转诊,急慢分诊,上下联动”的分级诊疗模式。这项政策的出台,是解决各级医疗机构资源利用与负荷的极不均衡,患者负担、医保资金负荷日益加重的一剂良方。而这项政策要顺利实施,夯实基层医疗质量是前提,全国90多万个基层医疗卫生服务机构,需要大批合格的全科医生,才能够有效、科学、合理推行分级诊疗。

全科医生在基层承担预防保健、常见病与多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务,被称为居民健康的“守门人”。然而,多年来我国基层医疗卫生人才队伍建设相对滞后,合格的社区医生数量严重不足,制约了基层医疗卫生服务水平的提高。因此,建立全科医生培养制度是提高基层医疗卫生服务水平的客观要求。

为加强基层全科人才培养,贯彻《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》(发改社会〔2010〕561号),上海市于2010年起试行全科医生规范化培养制度,开展围绕临床基本能力、基本公共卫生实践能力及职业素质提高的规范化培训。2014年,国家卫生和计划生育委员会充分肯定医教协同住院医师规范化培训的“上

海模式”，并向全国推广。2012年，上海市又尝试对三年制临床医学专业毕业的乡村医生开展为期两年的助理全科医生规范化培养。2015年，此模式正式在全市推广，并在全国进行交流，得到国家卫生和计划生育委员会、教育部的高度重视。

在实施全科医生规范化培训和助理全科医生规范化培训的过程中，我们发现现有培训教材缺乏针对性，大多为5年制临床医学专业教材的压缩版，对学生全面理解掌握疾病发生、发展过程转归有一定难度。同时，对于预防保健、常见病多发病转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务的教学培训也缺乏系统性；在社区课程培训中，基本侧重公共卫生的理论知识，而没有更多的联系实际现场的案例教学。因此，亟需为全科医生和助理全科医生规范化培训提供教材支撑，要在培训教材中做到临床知识的深入与基层岗位技能的有机结合，从助理全科医生岗位职业能力培养及执业资格考试需求出发构建专业课程体系，优化课程内容，将基层、社区、农村常见病、多发病、慢性病及常见公共卫生问题作为教学重点，避免培训仅仅在理论层次上重复。

《全科医生规范化培训教程——案例精编》是在对上海市7个郊区基层卫生工作中出现的常见病、多发病案例进行3年回顾性整理、筛选的基础上形成的标准案例，包括9个分册，分别是：《社区内科常见病例诊治策略》《社区外科常见病例诊治策略》《社区常见病心电图诊断解析》《社区常见病超声诊断解析》《社区常见病影像诊断解析》《社区常见病实验室诊断解析》《社区妇女保健常见案例解析》《社区儿童保健常见案例解析》《社区公共卫生常见案例解析》。每分册按社区常见病诊治及辅助检查解析、慢性病管理、社区特殊人群保健、社区卫生服务管理、康复等内容进行分类。以案例为引导编写形成规范化培训教材，培养全科医生、助理全科医生的社区

工作思维路径,帮助其熟悉社区医疗工作流程,掌握常见病、慢性病诊断—接诊—最合理处置—转诊模式。

本套丛书是编委会在长期的全科医生及助理全科医生规范化培训带教工作中经验积累的一次总结和提炼,也是从无到有的一次创新。书中难免存在许多不足,恳请广大读者惠予指正,使其更臻完善。

《全科医生规范化培训教程——案例精编》

编写委员会

2016年1月

编写说明

随着我国人口老龄化和国家医疗卫生体制改革的发展,社区医生是患者健康的“第一守门人”的概念得到加强,培养优秀的社区医生成为迫在眉睫的任务。作者团队长期从事教学工作,已经培养了多批社区医生。但是,我们发现这些年轻医生尚不能满足患者的需求,表现在问诊时思路较窄,不能围绕患者的症状展开询问;对一些慢性疾病的服药方法、生活管理、患者自我监测病情的方法等内容不够熟悉;缺少或没有康复治疗的理念和方法。结果患者仍然要去上级医院,仍然要找专家就诊。为了帮助社区医生拓展思路,注意诊疗中的细节问题,加强对慢性病患者的管理(包括药物治疗、生活管理、康复锻炼等),我们编写了本书,希望通过提高社区医生的水平,赢得患者的信任和支持。

本书系根据教材、指南或专家共识,结合临床实践的心得提炼而成,它不能取代教材,而是教材的补充和延伸。一般来讲,教材的着眼点是疾病,重点是如何看病,写作风格比较严肃,但限于篇幅,它的论述是宏观的,有些概念一带而过,且缺乏细致的健康指导。本书的重点是说明如何与患者交流,如何规范化地管理慢性病患者。比如哮喘或COPD患者如何正确吸入药物,糖尿病患者吃什么、怎么吃最科学,脑出血患者康复锻炼中家属要做什么等,本书都有较为详细的

论述。此外,本书对大部分慢性病还设计了一个“自我监测”的章节,如高血压、糖尿病患者如何自我管理,以提高医患双方共同管理疾病的能力。如果把内科学教材比作博学而严厉的教授,本书则是耐心细致、循循善诱的助教,它拉近了医生与患者的距离,增加了亲近感。

需要指出的是,本书各章节所参考的指南、专家共识等文献大多是目前最新的,但它们不可能一成不变。随着科学技术的迅猛发展,有些疾病的诊治会与现在明显不同。各位读者应不断学习新的指南或专家共识。此外,由于我国幅员辽阔,各地社区医院条件存在差异,本书中的“转院建议”只是提供参考,不具有标准性。

本书在写作过程中广泛征求社区医生、在校医学生和其他临床教师的意见,得到上海科学技术出版社西医编辑部各位老师的耐心指导和大力支持,也得到临床教学办公室老师的鼎力相助,在此表示衷心的感谢!由于编写人员水平有限,书中肯定会有不少缺点和错误,恳请广大读者批评指正!

编 者

2016年1月

全科医生规范化培训教程

案例精编

社 区 内 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

目 录

第一章 呼吸系统疾病001

第一节 社区获得性肺炎 001

第二节 支气管扩张 007

第三节 肺结核 015

第四节 慢性阻塞性肺疾病 027

第五节 支气管哮喘 038

第六节 自发性气胸 046

第七节 肺癌 051

第二章 循环系统疾病 059

第一节 心力衰竭 059

第二节 心房颤动 069

第三节 室性期前收缩 078

第四节 原发性高血压 084

第五节 心绞痛 095

第六节 急性心肌梗死 103

第三章 消化系统疾病	113
第一节 胃食管反流病	113
第二节 消化性溃疡	117
第三节 慢性胃炎	123
第四节 非酒精性脂肪性肝病	128
第五节 肝硬化	134
第六节 上消化道出血	141
第七节 细菌性痢疾	149
第四章 泌尿系统疾病	159
第一节 慢性肾小球肾炎	159
第二节 急性肾盂肾炎	164
第三节 肾病综合征	173
第四节 慢性肾功能不全	182
第五节 糖尿病肾病	191
第五章 内分泌系统疾病	201
第一节 甲状腺功能亢进症	201
第二节 甲状腺功能减退症	213
第三节 甲状腺炎及甲状腺结节	221
第六章 代谢性疾病	227
第一节 糖尿病	227
第二节 痛风性关节炎	244
第三节 代谢综合征	250

第七章 神经系统疾病 257

第一节 良性发作性位置性眩晕 257

第二节 偏头痛 262

第三节 特发性面神经麻痹 271

第四节 脑出血 276

第五节 脑梗死 286

第八章 血液与造血系统疾病 295

第一节 白细胞减少 295

第二节 缺铁性贫血 300

第三节 免疫性血小板减少症 306

第四节 淋巴结肿大 311

第一章

呼吸系统疾病

第一节 社区获得性肺炎

病史摘要

患者，男性，24岁，主诉：咳嗽、发热3天。3天前患者淋雨，后出现咳嗽，初起轻，渐加重，有咳痰，黄痰为主，易咳出；伴有发热，最高体温39.2℃，热起时畏寒发抖，汗出热退。伴头痛、纳差、乏力。无咯血、气促、心悸、盗汗；无恶心、呕吐、腹痛、腹泻。自服对乙酰氨基酚（泰诺林）、感冒冲剂等药物，症状无明显缓解。既往体健，无药物过敏史。

体格检查：T 38.5℃，R 20次/分，神志清，精神萎靡，急性面容，口唇无发绀。浅表淋巴结无肿大，咽充血，扁桃体无肿大。右下肺语颤增强，叩诊浊音，两肺呼吸音粗，右下肺可闻及少许湿啰音。左肺未闻及啰音。心率89次/分，律齐。全腹软，无压痛，双下肢不肿。指脉氧饱和度（pulse oxygen saturation, SPO₂）：97%（不吸氧）。

病例分析

1. 初步诊断 患者来自社区，因淋雨后出现咳嗽、黄痰，伴有发热，右下肺可闻及少许湿啰音。根据患者症状、体征，考虑社区获得性肺炎（community acquired pneumonia, CAP）可能性较大。

2. 进一步检查

（1）血常规：血红蛋白 132 g/L，白细胞 $15.6 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 88%，淋巴细胞 12%，血小板 $155 \times 10^9/L$ 。

（2）胸片：右下肺片状浸润影。

3. 治疗方法 患者CAP诊断成立。建议其多休息、多饮水。给予阿奇霉素0.5 g, 静脉点滴, 每天1次, 共2天; 其后体温恢复正常, 阿奇霉素改为口服, 0.5 g/次, 每天1次。并口服急支糖浆, 10 ml/次, 每天3次。7天后患者症状基本消失, 停药。

4. 随访 14天后摄胸片示病灶完全吸收。

思路拓展

1. 病史询问

(1) CAP常表现为咳嗽、咳痰等症状。应注意询问是否为长期刺激性干咳, 这种咳嗽有时与气管、支气管内占位性病变相关, 如肺癌、支气管内膜结核等。特别是一些肺癌患者, 咳嗽声音高亢清脆。还应注意咳嗽在昼、夜间有无区别, 夜间咳嗽增多伴不能平卧, 要警惕心功能不全。此外, 痰液的颜色能为临床诊断提供线索, 黄痰常见于感染性病变。绿色脓性痰多见于支气管扩张等疾病。血性痰可见于肺结核、支气管扩张、肺癌等。粉红色泡沫痰要排除急性左心功能衰竭。

(2) 不同的医生问诊, 得到的信息往往不尽相同, 有时甚至大相径庭。特别是老年患者, 因为记忆力较差、语言表达能力降低、听不清或不能理解医生的话等原因, 这种偏差更为常见。故采集病史需要耐心细致, 仔细核对。

2. 注意患者的症状及体征 一些重症肺炎的患者, 咳嗽、发热、气促等症状十分明显, 容易引起医生重视, 摄片后很快确诊。但还有一些患者耐受性较好, 表现较为“平静”, 医生可能会忽视病情, 未能及时给患者做相应的检查, 致使诊断延误。要特别注意患者的呼吸频率, 强调测定呼吸频率至少计数1分钟; 还要仔细观察患者有无口唇、指端发绀。建议门诊配备指脉氧测定仪, 可疑患者应测定血氧饱和度。有条件时应做血气分析检查。

3. 正确的留痰方法 住院患者需进行多次痰培养。正确的留痰方法是:

(1) 留痰之前刷牙或漱口, 清洁口腔。

(2) 送检的痰标本应为用力咳嗽后气管内咳出的痰, 痰量不少于3 ml, 不要将唾液或鼻涕放入标本盒。

(3) 痰液应置专用的标本盒,并在2小时内送至微生物实验室。笔者观察到许多患者留痰的方法不正确,可能医护人员未告知,或患者未能理解、记住,应反复告诉患者正确的方法。

4. 抗菌药物的选择

(1) 合理选用抗生素: 抗生素选用要注意两点: ① 有无应用指征。② 选用品种及给药方法是否正确。应注意CAP患者如口服治疗有效的,无需静脉给药。若患者病情较轻,则不需要联合用药。表1-1为我们提供抗生素选用的依据。

表 1-1 不同人群CAP患者初始经验性抗感染治疗的建议

不同人群	常见病原体	初始经验性治疗的抗菌药物选择
青壮年、无基础疾病患者	肺炎链球菌、肺炎支原体、流感嗜血杆菌、肺炎衣原体等	① 青霉素类(青霉素、阿莫西林等); ② 多西环素(强力霉素); ③ 大环内酯类; ④ 第一代或第二代头孢菌素; ⑤ 喹诺酮类(如左氧氟沙星、莫西沙星等)
老年人或有基础疾病患者	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、需氧革兰阴性杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他莫拉菌等	① 第二代头孢菌素(头孢呋辛、头孢丙烯、头孢克洛等)单用或联用大环内酯类; ② β -内酰胺类、 β -内酰胺酶抑制剂(如阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦)单用或联用大环内酯类; ③ 喹诺酮类
需入院治疗、但不必收住ICU的患者	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、混合感染(包括厌氧菌)、需氧革兰阴性杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎支原体、肺炎衣原体、呼吸道病毒等	① 静脉注射第二代头孢菌素,或联用静脉注射大环内酯类; ② 静脉注射喹诺酮类; ③ 静脉注射 β -内酰胺类、 β -内酰胺酶抑制剂(如阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦),单用或联用注射大环内酯类; ④ 头孢噻肟、头孢曲松单用或联用注射大环内酯类
需入住ICU的重症患者		
A组: 无铜绿假单胞菌感染危险因素	肺炎链球菌、需氧革兰阴性杆菌、嗜肺军团菌、肺炎支原体、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌等	① 头孢曲松或头孢噻肟联合静脉注射大环内酯类; ② 静脉注射喹诺酮类联合氨基糖苷类; ③ 静脉注射 β -内酰胺类、 β -内酰胺酶抑制剂(如阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦),联合静脉注射大环内酯类; ④ 厄他培南联合静脉注射大环内酯类